

THÈSE

71

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Lazare SACHNINE

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Né le 24 Septembre 1907 à Montreuil-sous-Bois (Seine)

Réflexions sur quelques cas de mort subite dans l'abcès rétro-pharyngien au moment de l'examen ou de l'intervention

Président : M. DEBRÉ, Professeur.

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935.

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Lazare SACHNINE

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Né le 24 Septembre 1907 à Montreuil-sous-Bois (Seine)

Réflexions sur quelques cas de mort subite dans l'abcès rétro-pharyngien au moment de l'examen ou de l'intervention

Président : M. DEBRÉ, Professeur.

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
»	BEZANÇON.
»	CARNOT.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurol. et Psychiâtrie.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCC Patholog. chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Patholog. chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES Patholog. chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngol.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologiq.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathol. expérimentale.
 LEVEUF Patholog. chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurol. et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Patholog. chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologiq.
 PETIT-DUTAILLIS Patholog. chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Patholog. chirurgicale.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SÈNEQUE Patholog. chirurgicale.
 SEZARY Dermatol. et syphiligr.
 TROISIER Pathol. expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgic.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LE ROUX Anatomie pathologiq.
 LEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
 AUBERTIN Clinique médicale.
 BRULÉ Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 HARVIER Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 ECALLE Clinique obstétricale.
 GUENIOT Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA SOEUR OLGA

In memoriam.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MA SOEUR

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ROBERT DEBRÉ

Professeur de Bactériologie
Médecin de l'Hôpital Hérold
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

*Hommage respectueux de notre profonde
admiration.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR JEAN ROUGET

Laryngologiste de l'Hôpital Trousseau
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu inspirer ce travail.
En témoignage de sincère reconnaissance
pour la bienveillance qu'il nous a tou-
jours témoignée, et de respectueuse affec-
tion.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR JULES MILHIT

Médecin de l'Hôpital Hérold
Officier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de respect et de reconnais-
sance.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR ANDRÉ CAIN

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de reconnaissance.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR MAURICE GRIVOT

Laryngologiste de l'Hôpital Saint-Antoine
Officier de la Légion d'Honneur

En hommage reconnaissant.

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR LEJARS, *in memoriam*

M. LE PROFESSEUR BEZANÇON

M. LE DOCTEUR PAISSEAU

M. LE DOCTEUR LESNÉ

A MES CONFÉRENCIERS

INTRODUCTION

Au début de notre étude de la laryngologie, il nous fût donné d'observer un cas de mort subite au cours de l'examen, pour abcès rétro-pharyngien.

Cet accident dramatique resta gravé dans notre mémoire. Aussi, quand notre Maître, M. le Docteur Rouget, qui avait eu à connaître d'un cas semblable comme expert médical, nous proposa d'étudier ces morts, nous acceptâmes de rechercher s'il y avait eu d'autres cas et quelles en pourraient être les raisons.

Nous n'avons d'ailleurs pas la prétention, en ces quelques pages, de faire un travail original et complet, ni d'apporter des faits nouveaux. Nous nous sommes simplement attachés à rechercher les raisons de cette mort subite et aussi à voir les conséquences médico-légales qui pourraient en résulter pour le médecin.

D'emblée, nous avons éliminé de notre étude l'abcès froid rétro-pharyngien, en règle secondaire à un mal de Pott cervical, coïncidant toujours avec une tuberculose déclarée, pour ne retenir que les abcès chauds, idiopathiques, pourrait-on dire, rétro-pharyngiens ; ceux-ci seuls sont intéressants dans le cas qui nous occupe. Si l'abcès froid doit toujours faire craindre une issue fatale, on connaît

l'évolution vers la guérison de l'abcès chaud rétro-pharyngien diagnostiqué et traité à temps. Or, nous verrons que parfois c'est ce diagnostic et ce traitement, par une sorte de paradoxe, qui vont provoquer la mort du petit patient.

Après un bref rappel clinique de l'abcès rétro-pharyngien et après avoir rapporté les quelques observations que nous avons pu retrouver, nous rechercherons la pathogénie de cette mort subite. Nous passerons en revue les différentes causes qui peuvent jouer, pour n'attribuer cet accident qu'à une seule : l'inhibition. Celle-ci nous paraît rendre en effet le mieux compte de la mort au moment de l'examen ou de l'intervention. Ensuite, nous rechercherons rapidement s'il y a des moyens d'éviter cet accident, pour finir par une étude médico-légale ; car, malheureusement, la question de la responsabilité médicale s'est trouvée posée il y a quelques années. Comme les procès en responsabilité se multiplient pour des raisons « que la raison ne connaît pas », il est à craindre que dans un cas semblable elle se retrouverait posée. Nous concluerons qu'elle n'est pas engagée dans ces cas malheureux.

Nous ne voulons pas terminer nos études sans remercier une fois de plus notre Maître, le Docteur Rouget, qui voulut bien diriger nos premiers pas dans la laryngologie et veut bien s'intéresser encore à nous.

Nous adressons nos plus respectueux remerciements à MM. les Professeurs L. Binet et Piédelièvre, qui voulurent bien nous fournir une partie de notre documentation.

PREMIÈRE PARTIE

L'ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIEN

Nous allons dans cette première partie rappeler le plus brièvement possible les caractéristiques de l'abcès rétro-pharyngien, pour dans la deuxième partie étudier la question qui nous intéresse.

Cette affection est connue depuis très longtemps.

Les auteurs hippocratiques l'avaient entrevue, Ambroise Paré l'a signalée.

Mais elle ne fut vraiment étudiée qu'au siècle dernier, et nous devons citer les noms de Lowenhardt, Fleming, Mortieri, Verneuil, Gautier.

Ce furent surtout les travaux de Gillette sur les lymphatiques qui firent connaître son étiologie. Sa symptomatologie fut mise au point par D'Espine et Picot, Peyrot, Broca.

PARAGRAPHE I

Anatomie Pathologique — Pathogénie

Comme nous le disions dans notre introduction, nous allons éliminer de notre description les

abcès froids rétro-pharyngiens dûs en général à un Mal de Pott sous-occipital.

L'abcès rétro-pharyngien siège dans l'espace rétro-pharyngien compris entre la paroi postérieure du pharynx et l'aponévrose prévertébrale, limité latéralement par les cloisons sagittales de Charpy.

Cet espace est occupé par un tissu cellulaire lâche, se continuant sans interruption avec l'espace rétro-viscéral, expliquant les fusées purulentes derrière l'œsophage et parfois le médiastin.

Dans cet espace au niveau de la partie supérieure du pharynx, de chaque côté de la ligne médiane se trouve un ganglion lymphatique ; ce sont les deux ganglions rétro-pharyngiens de Gillette, situés en avant du corps de l'axis.

Ils drainent les lymphatiques de l'oreille moyenne, de la muqueuse des fosses nasales et de la partie supérieure du pharynx. Ils subissent une atrophie après l'âge de 2 ans, ce qui expliquerait la rareté des abcès rétro-pharyngiens après l'enfance.

En règle les abcès rétro-pharyngiens sont des adéno-phlégmons, secondaires à une infection quelconque d'un des territoires tributaires des ganglions de Gillette. Aussi, en général, le début est-il unilatéral, mais rapidement l'abcès gagne la ligne médiane et la dépasse, prenant son aspect typique.

Parfois peuvent se voir des phlegmons cellulaires par effraction de la paroi postérieure du rhinopharynx, en général par corps étranger.

Les microbes rencontrés sont le plus souvent le staphylocoque, parfois on a pu trouver du streptocoque.

L'abcès rétro-pharyngien se voit surtout dans la première enfance, de 3 à 18 mois. Il devient une rareté après 3 ans.

Le rôle du terrain paraît assez important. En effet, si parfois on voit l'abcès chez un nourrisson floride, bien plus souvent il survient chez un enfant débile.

On a incriminé l'hérédo-syphilis, la scrofule, les adénoïdes, les localisations rhino-pharyngées des fièvres éruptives, les maladies infectieuses.

PARAGRAPHE II

Symptomatologie

Nous prendrons comme type de description l'abcès rétro-pharyngien du nourrisson.

Au début on ne trouve que des signes d'inflammation banale du rhino-pharynx avec signes généraux de suppuration, cris, agitation, fièvre.

A la période d'état ou de tumeur, c'est la dysphagie qui en règle est le premier signe ; l'enfant refuse de prendre le sein, la salive s'écoule à l'extérieur.

Puis se produit de la rigidité du cou, du trismus.

Un ronflement inspiratoire et expiratoire, la voix est modifiée.

La dyspnée apparaît, mais c'est en général un signe tardif, avec élément spasmodique surajouté.

Les signes généraux sont ceux des suppurations.

Chez l'adulte on retrouve les mêmes signes, moins accentués. Le malade peut absorber des liquides.

A l'examen on trouve un engorgement des ganglions sous-maxillaires ; une coloration cyanotique de la face ; du battement des carotides ; parfois la propulsion du corps thyroïde.

A l'inspection de la bouche on peut relever une déformation de la paroi postérieure du pharynx ; mais c'est surtout le *toucher bucco-pharyngé* qui fera le diagnostic, pratiqué rapidement, cependant pouvant provoquer des crises de suffocation. Il montrera les signes capitaux, la tumeur, la fluctuation (choc en retour).

PARAGRAPHE III

Formes cliniques

On peut décrire :

Un type moyen ou dysphagique, pris pour type ;

Un type supérieur à diagnostic fait au toucher seulement ;

Un type inférieur ou laryngé, dangereux, à diagnostic difficile, (crises de suffocation, mort subite).

Ces trois types ne sont d'ailleurs que des formes évolutives du même abcès.

Un type gangréneux, à anaérobies, pus fétide ; à évolution suraiguë avec signes d'intoxication très grave ;

Un type chronique ou prolongé, à suppuration interminable ;

Un type abortif, rare.

Toutes ces formes peuvent se compliquer. Nous citerons : l'œdème laryngé, le spasme de la glotte, la broncho-pneumonie, la pleurésie purulente, la médiastinite, l'ulcération possible des vaisseaux du cou, rare, la compression nerveuse.

PARAGRAPHE IV

Diagnostic

Il sera fait par l'examen systématique de la gorge. On éliminera facilement le coryza simple, les végétations adénoïdes, les broncho-pneumonies, l'œdème de la glotte, les polypes du larynx, le kyste suppuré thyroïdien, le croup.

PARAGRAPHE V

Evolution — Modes de terminaison

L'évolution de ces abcès abandonnés à eux-mêmes est, en règle, fatale, la mort survenant dans 90 à 95 % des cas.

L'ouverture spontanée rare n'est pas un mode de guérison ; en effet, elle ne se fait pas au point déclive, d'où, risque de suppuration interminable, septicémie chronique, cachexie.

La mort est due à l'inanition provoquée par la dysphagie, à l'asphyxie mécanique, soit par compression, soit par oedème de la glotte.

La mort subite, mentionnée dans les traités classiques, quoique rare, peut se voir.

Cette gravité montre la nécessité d'un diagnostic précoce et d'un traitement rapide qui donne la guérison dans 94 à 95 % des cas.

Il faut cependant citer la possibilité d'accidents :

L'incision peut être trop tardive et on peut voir une broncho-pneumonie secondaire, souvent mortelle.

Enfin, nous signalerons la mort subite au moment de l'examen et de l'intervention. C'est ce que nous allons étudier dans notre deuxième partie.

DEUXIÈME PARTIE

LA MORT SUBITE AU COURS DE L'EXAMEN ET DE L'INTERVENTION DANS L'ABCÈS RÉTRO-PHARYNGIEN

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

Nous avons cité ci-dessus la possibilité de la mort subite au cours de l'examen et de l'intervention.

Cet accident, très impressionnant lorsque l'on y assiste, quoique très rare, est classique. Les auteurs, qui ont traité, soit de l'abcès rétro-pharyngien, soit de la mort subite, relatent la possibilité de cette terminaison. Malgré cela nous n'avons pu, dans la littérature, retrouver que cinq cas, auxquels nous ajouterons deux observations, l'une extraite d'un rapport d'expertise de notre maître M. Rouget, l'autre personnelle d'un accident survenu dans son service.

Observation I. — (Citée par Thoyer- Rozat)

Mort subite au cours de l'examen d'un abcès rétro-pharyngien.

Il s'agit d'une fillette de 18 mois environ soignée en 1893 pour : fièvre, raideur de la nuque, avec troubles de la déglutition, un peu de dyspnée, en outre elle présentait un état général assez mauvais.

Le médecin de la famille crut d'abord à un torticolis musculaire sans gravité, puis inquiet par la persistance de la dysphagie et l'accroissement de la dyspnée, il appela le Docteur Brun en consultation.

L'examen de la cavité bucco-pharyngée, rendu assez difficile par un trismus assez prononcé, montra l'existence d'un volumineux abcès rétro-pharyngien.

Un toucher pharyngien fut pratiqué très rapidement et cependant détermina chez l'enfant une crise de dyspnée paroxystique très violente.

On décida l'ouverture et l'évacuation immédiate de l'abcès.

L'auteur allait y procéder, mais au moment où il ouvrait la bouche et y introduisait l'index gauche, comme guide, nouvelle crise de dyspnée très courte, puis tout d'un coup la respiration s'arrêta. Il fut impossible de ranimer l'enfant.

On ne put obtenir l'autopsie.

Observation II. — (Piatot et Variot)

Mort subite au moment de l'ouverture d'un abcès rétro-pharyngien.

R. Robert, 14 mois, entré le 20 juin 1895 au pavillon des douteux du Docteur Variot. N'a pas eu de maladie antérieure. Il a le faciès rachitique. Depuis trois semaines : malaises, prend moins bien le sein, et manifeste de l'agitation, surtout nocturne.

Entré à 2 heures du matin, et placé dans la chambre des vapeurs, il reçoit 10 cc. de sérum antidiphthérique. A 38°8 de température.

Le matin il a un cornage inspiratoire, paraissant pharyngien. N'a pas de cyanose, mais pâleur de visage, dyspnée, voix nasillarde, dysphagie intense avec régurgitations nasales. Présente une adénopathie sous-maxillaire bilatérale, une rougeur diffuse du voile du palais, de la luette, des piliers, des amygdales, une rougeur foncée du fond du pharynx.

Quand on veut pratiquer le toucher pharyngien, l'enfant est pris de spasme et la pâleur du visage augmente. Ce toucher permet de constater une tumeur assez volumineuse, molle et fluctuante

On pose le diagnostic de volumineux abcès rétro-pharyngien et on décide l'ouverture par voie buccale.

L'interne, après avoir placé l'ouvre-bouche, fait

une ponction sur la ligne médiane, à l'aide d'un bistouri dont la pointe seule est libre. Il s'écoule un flot de pus jaune verdâtre, bien lié, non fétide, environ trois cuillères à bouche. L'enfant est aussitôt basculé en avant, et on lui fait un lavage boriqué sous faible pression.

L'enfant se cyanose et cesse de respirer. Le cœur ne bat plus. On pratique la respiration artificielle, les tractions rythmiques de la langue, on fait des injections d'éther et de caféine. Après une demi-heure d'efforts il n'y avait pas de résultat.

A l'autopsie, le foyer est vidé : poche assez volumineuse sans diverticule, à gauche un peu de pus concrété et un ganglion volumineux et dur. Il n'y a de pus ni dans la trachée, ni dans les bronches, pas d'œdème de la glotte. Dans les poumons légère splénisation du lobe inférieur gauche. Le cœur est en systole, sans altération visible. Pas d'altération des corps vertébraux.

Observation III. — (Levret et Ghika)

Mort subite au moment de l'ouverture d'un abcès rétro-pharyngien.

Blanche G..., 6 mois, entrée le 9 décembre 1895 à 6 heures du soir, dans le service du Docteur Vatriot. Parents bien portants. Quatre enfants en bonne

santé. A été élevée au sein, n'a pas été malade, n'a encore aucune dent.

L'enfant souffrait de la gorge depuis une quinzaine de jours ; grosse difficulté à avaler ; la dysphagie surtout marquée depuis deux jours (l'enfant refuse le sein), dyspnée assez vive, quelques petits accès de suffocation.

On avait d'abord pensé au croup, mais l'enfant était pâle, respirait péniblement, constamment la bouche ouverte.

A l'examen de la gorge, on constatait que la partie droite du voile du palais était projetée en avant et présentait une rougeur assez vive, la langue était saburrale, les amygdales n'étaient pas hypertrophiées, et ne présentaient pas d'exsudats. En abaissant fortement la langue avec le doigt on ne voyait pas de tuméfaction pharyngienne. Le doigt introduit dans l'arrière bouche, permit de sentir à droite de la ligne médiane, à la hauteur des cartilages arythénoïdes une poche fluctuante descendant assez bas. Le diagnostic d'abcès rétro-pharyngien posé, on décida d'intervenir.

L'enfant assise sur les genoux de l'infirmière, et le bistouri, protégé au diachylon, sur l'index gauche comme conducteur, est enfoncé sur la ligne médiane sur la partie la plus saillante de la tumeur. Un flot de pus s'échappe de la bouche, du nez. On incline la tête en avant. On s'aperçoit que l'enfant ne fait pas de mouvement respiratoire et que ses yeux restent fixes. La respiration artificielle et les

tractions rythmiques sur la langue ne purent ranimer l'enfant. Le pouls n'était plus perceptible depuis le début des accidents, ainsi que les bruits du cœur.

A l'autopsie. — Après incision des couches superficielles, on ouvre le larynx et la trachée laissés en place, on prolonge l'incision jusque dans les bronches : nulle part trace de pus, la muqueuse était rougeâtre. Les poumons enlevés ne présentaient à leur surface aucune ecchymose et paraissaient sains. L'examen de l'abcès montre qu'il siégeait sur la partie latérale droite de la face postérieure du pharynx, s'étendant de la 2^e à la 7^e vertèbre cervicale. Les rapports de l'abcès avec les paquets vasculo-nerveux ne sont que médiats : il ne semble pas y avoir eu de compression. Les os en contact ruginés ont paru sains. Le pus était nettement phlegmoneux.

Observation IV. — (Zadok)

Mort subite au cours d'un abcès rétro-latéro-pharyngien.

T..., Thérèse, 20 mois, entrée le 22 janvier 1898 dans le service du Docteur Variot. Les parents sont bien portants. La malade est née à 7 mois, a eu des bronchites répétées, et 6 mois avant la coqueluche. Depuis un mois se plaint de la gorge, a de la fièvre.

A l'examen : respiration difficile et bruyante, bouche ouverte, léger tirage, timbre spécial rappelant la voix amygdalienne.

A l'inspection : le côté gauche du cou est saillant et tuméfié, la peau de coloration normale. A la palpation : tuméfaction douloureuse, rénitente, profonde. L'examen de la gorge est difficile ; toute tentative faite avec l'abaisse-langue provoque une gêne respiratoire intense avec cyanose. On constate sur la partie gauche du pharynx une tuméfaction assez volumineuse occupant la plus grande partie de l'arrière gorge, proéminente derrière l'amygdale gauche. Le toucher digital montre la fluctuation. La température est entre 38° et 38°5,

En résumé : abcès rétro-latéro-pharyngien à inciser.

On met l'ouvre bouche, on place l'abaisse-langue, mais immédiatement asphyxie. On retire les deux instruments. L'enfant reprend haleine. Puis on ponctionne la tumeur à l'endroit le plus saillant. Il s'écoule du pus. On fait des lavages de gorge à l'eau boriquée.

Le soir, la malade est mieux, la respiration plus libre, la fièvre a baissé. Mais la tumeur pharyngée persiste encore, avec au centre un orifice par où s'écoule du pus.

Le lendemain, même état local, température élevée de quelques dixièmes.

Le 25 janvier la tumeur est aussi saillante que

le premier jour, les lèvres sont sèches, la respiration gênée. On décide une nouvelle intervention.

L'ouvre bouche est mis en place, mais aussitôt la langue déprimée, la cyanose survient, la respiration s'embarrasse malgré l'enlèvement de l'ouvre bouche ; la respiration s'arrête complètement. La respiration artificielle ne ranime pas l'enfant. On pratique la trachéotomie et on reprend la respiration artificielle pendant 25 minutes sans résultat.

L'autopsie n'est pas faite, seul le pharynx est prélevé avec le foyer qui montre beaucoup de pus.

Observation V. — (Kowler)

Abcès rétro-pharyngien opéré. — Mort subite.

L'auteur fut appelé le 3 mai 1910 par un de ses confrères de Menton auprès d'un enfant de 2 ans qui depuis 3 semaines, atteint de grippe, présentait une complication du côté des voies respiratoires. L'enfant ne pouvait plus avaler depuis 4 jours, fausse déglutition et rejet de lait par le nez. Sa voix était nasonnée et la respiration de plus en plus difficile.

L'auteur a trouvé un enfant pâle, ayant du coruage, les yeux exorbités. A l'examen extérieur le côté droit du cou était tuméfié avec ganglions. En faisant ouvrir la bouche, la région amygdalienne droite proéminait sans présenter trace de lésion quelconque pas plus que la région amygdalienne

gauche. Il fit alors le toucher pharyngien et son doigt fut arrêté net par une tumeur dure, qui lui donna l'impression d'arriver au contact du palais osseux. L'auteur fit alors le tour de la partie supérieure accessible, l'inférieure profonde ne pouvait être atteinte. Elle s'étendait latéralement presque aux trois quarts de la largeur du pharynx.

Vu l'énorme distension et son grand volume, l'auteur a pensé à la possibilité d'une mort subite par évacuation brusque de cette tumeur purulente.

Il a alors décidé d'ouvrir l'abcès à la partie supérieure pour faire une évacuation partielle. Il s'est servi pour cela d'un crochet mousse. Le pus se fit jour. L'enfant fit ensuite des efforts comme pour cracher, et à chaque fois ramena un peu de pus.

L'auteur espérait le lendemain ouvrir la partie inférieure, pour vider complètement la poche.

Mais comme il arrivait le lendemain matin, il trouva la poche reformée, et décida alors de l'ouvrir au point déclive.

L'auteur mit l'enfant sur les genoux d'un aide, et toujours avec son crochet mousse en pratiqua l'ouverture. Un flot de pus jaune verdâtre bien lié remplit la bouche et tomba aux pieds de l'aide. Dès que le pus eut fini de couler l'enfant renversa la tête en arrière, devint d'une paleur cadavérique et cessa de respirer.

Tous les moyens employés furent inutiles.

Il n'y eut pas d'autopsie.

Observation VI. — (M. Rouget, inédite)

Mor subite au moment de l'examen d'un abcès rétro-pharyngien.

Mlle M. A. G..., âgée de 8 ans, souffrait de la gorge depuis 15 jours, avec dysphagie assez peu marquée, quand le Docteur M... fut appelé en consultation par le médecin traitant le 19 juin 1927. Le Docteur M... vu l'indocilité de l'enfant ne put pratiquer l'examen.

L'enfant fut alors conduite par ses parents au domicile de ce dernier où celui-ci, aidé par le médecin traitant procéda à l'examen de la gorge. Il mit en place un ouvre bouche, déprima la langue avec un abaisse langue et tenta de pratiquer l'examen. A cause de l'indocilité de l'enfant, le Docteur M... décida d'envelopper la fillette dans un drap et se servant des mêmes instruments pratiqua son examen.

Il posa le diagnostic d'abcès rétro-pharyngien sur la vue d'une collection située sur la partie postérieure du pharynx et sur la constatation de la fluctuation.

Tout à coup, au cours de cet examen, médecins et parents s'aperçurent que l'enfant avait une syncope. Elle était brusquement devenue pâle, le pouls était devenu imperceptible, la respiration arrêtée.

Des tractions rythmées de la langue, les mou-

vements de respiration artificielle et une injection intracardiaque d'adrénaline furent pratiquées sans ranimer l'enfant.

L'autopsie ne fut pas obtenue.

(Cette mort donna lieu à une affaire médico-légale, dont nous parlerons plus loin).

Observation VII. — (Personnelle)

Mort subite au cours de l'examen d'un abcès rétro-pharyngien.

B..., Clémentine, 14 mois, entrée le 12 janvier 1932, pavillon Guérin, service du Docteur Rouget.

Depuis 2 mois l'enfant a une gêne respiratoire, qui s'est très accentuée depuis 8 jours. L'enfant est anorexique, ne prend plus ses aliments, a de la dysphagie, un tirage très accentué. Elle est pâle, semble très fatiguée. A l'examen on trouve une adéno-pathie sous maxillaire très marquée. A l'ouverture de la bouche, on constate que l'amygdale gauche est repoussée en avant, mais paraît saine. Il y a une rougeur diffuse des amygdales et du voile du palais. Le fond du pharynx est rouge sombre avec tuméfaction visible dans toute la partie gauche et empiétant largement sur la droite. Au toucher pharyngien on sent une énorme tumeur fluctuante rétro-latéro-pharyngienne gauche.

On pose le diagnostic d'abcès rétro-pharyngien et on décide l'intervention immédiate avec aspiration.

Au moment où l'on déprime la langue avec l'abaisse langue, syncope blanche brutale. Après respiration artificielle sans résultat, on incise néanmoins l'abcès avec la pince de Lubet-Barbon. Il y eut issue d'une grande quantité de pus, puis on pratiqua l'aspiration. On reprit la respiration artificielle pendant 20 minutes sans succès.

A l'autopsie. — Localement on trouve une poche située sur la paroi postérieure du pharynx située entre la 3^e et la 7^e vertèbre cervicale, contenant encore du pus bien lié. Les vertèbres ruginées sont normales.

Pas d'œdème de la glotte, pas de pus dans la trachée ni les bronches. Les poumons sont normaux.

Le cœur en systole ne contient pas de caillots sanguins.

Nous citerons après ces 7 cas l'observation suivante de Deguy, relatant une syncope, non suivie de mort, au cours d'une intervention. Cette observation nous servira pour l'étude des moyens à mettre en œuvre pour tâcher de remédier à ces accidents mortels.

Observation VIII. — (Deguy)

Cas de syncope non suivie de mort au cours de l'intervention dans l'abcès rétro-pharyngien.

Enfant de 2 ans 1/2 entré au pavillon Troussseau (Enfants-Malades) dans la nuit du 21 janvier 1899. La gorge présente quelques points blancs, et au toucher pharyngien on constate l'existence d'un volumineux abcès rétro-pharyngien, situé sur la ligne médiane et dont il est impossible d'atteindre la limite supérieure et inférieure.

Mais pendant cette exploration l'enfant pâlit et cesse brusquement de respirer et tombe en syncope. L'auteur le coucha immédiatement sur une table et incisa l'abcès par la bouche.

Comme l'enfant ne respirait pas, l'auteur pratiqua séance tenante la trachéotomie et après 10 minutes de respiration artificielle l'enfant revint à lui. Deux jours après l'intervention la canule fut retirée et la guérison fut rapide.

L'ensemencement n'avait donné que des staphylocoques.

De plus, le simple examen de la gorge a pu dans des cas exceptionnels, surtout chez un enfant indocile, provoquer une syncope ou même la mort. Pensant que de tels faits peuvent aider à éclairer la pathogénie de la mort subite nous donnons ci-après deux exemples de ces cas.

Observation IX. — (Victor Lange)

Cas inexpliqué de mort subite.

Un confrère envoie à V. Lange en 1905 dans sa clinique particulière un garçon avec le diagnostic de granulome probable du larynx consécutif à un séjour prolongé d'une canule après trachéotomie (laryngo-fissure probablement nécessaire).

Le malade, un garçon de 4 ans, d'une bonne santé apparente, ne présente qu'un peu de cornage après l'effort.

Au moment où Lange s'apprête à l'examiner, l'enfant assis sur les genoux de son père, et qu'il lui tire la langue pour introduire le miroir, l'enfant est pris d'un spasme de la glotte.

Lange attend tranquillement que le spasme disparaisse, mais l'enfant se cyanose et meurt avant que Lange ait pu faire autre chose que d'essayer le courant faradique.

Autopsie refusée.

Observation X. — (Ferrand, inédite)

Syncope blanche par ouverture de la bouche sans anesthésie.

T..., Janine, 5 ans 1/2, convoquée pour amygdalectomie. Pas d'antécédents morbides spéciaux. Parents bien portants.

Au moment où l'opérateur place l'ouvre bouche de Doyen en écartant d'une façon normale les arcades dentaires, l'enfant devient subitement pâle, en apnée totale. Le pouls est imperceptible pendant 30 secondes environ.

On tente la respiration artificielle, on fait une injection d'huile camphrée. La respiration revient normale presque immédiatement, le pouls revient un quart d'heure après. La pâleur persiste pendant 1 heure environ.

Un examen médical montre une hypervagotonie très marquée.

Ces observations ont ceci de commun que l'accident n'était pas prévisible. En effet, si, dans les observations 1, 4, 5, 7, les enfants avaient un état général assez mauvais, pouvant laisser prévoir un dénouement tragique en dehors de toute cause externe, dans les observations 2, 3, 6, au contraire, rien ne faisait penser à une mort aussi rapide.

Les deux dernières observations nous montrent que l'abcès rétro-pharyngien n'est pas seul responsable de ces accidents, et la dernière observation peut déjà nous orienter dans la recherche de la pathogénie de cette mort subite. C'est ce que nous allons étudier dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE

Après avoir rapporté les observations relatives à la question qui nous intéresse, nous allons passer en revue les différents mécanismes de la mort subite, susceptibles de s'appliquer à la Mort subite au cours de l'examen ou de l'intervention dans l'abcès rétro-pharyngien.

Avant d'aborder cette étude nous allons rapidement rappeler l'innervation sensitive des voies respiratoires.

On peut considérer que celles-ci sont divisées en deux étages : un étage sus glottique, premières voies respiratoires ou voies respiratoires supérieures, comprenant les cavités nasales et leurs dépendances, le pharynx et le larynx. Leur nerf sensible est par excellence le Trijumeau, accessoirement la sensibilité est fournie par l'Olfactif, le Glosso-Pharyngien et le Pneumogastrique, par ses branches, nerfs pharyngé et laryngé supérieurs. — Un étage sous glottique ou voies respiratoires profondes, innervé exclusivement par le Pneumogastrique.

Les réactions des deux étages sont antagonis-

tes. Toutes les excitations aboutissent au bulbe. La voie centrifuge est le Pneumogastrique.

En outre le contrôle nerveux et humoral de la respiration est assuré par le reflexe inspiratoire et expiratoire de Breuer-Hering et les sinus carotidiens.

L'abcès rétro-pharyngien, nous l'avons dit, survient dans la grosse majorité des cas chez l'enfant. Ainsi les observations que nous avons rapportées portent presque exclusivement sur des enfants en bas âge.

Or, que voyons-nous en relisant les auteurs qui se sont intéressés à la Mort subite et en consultant les statistiques : c'est que ce sont les deux âges extrême de la vie, l'enfance et la vieillesse, qui payent le plus lourd tribut à la Mort subite, par suite soit d'une inexpérience, soit d'une altération du système nerveux.

Le Professeur Laignel-Lavastine classe les individus en :

Vagotoniques purs,
Hyperorthosympathiques,
Hypersympathiques,
Hyposympathiques.

le type normal paraissant être le type orthosympathique, vers lequel tend l'individu dans la première moitié de la vie. L'enfant est un vagotonique.

M. Péchère, de Bruxelles, dans un article, extrait du rapport sur « La Mort Subite » présenté par MM. Héger-Gilbert, Laignel-Lavastine et de Laet,

aux 14^e et 15^e Congrès de Médecine Légale, nous dit :

« L'enfance paye un lourd tribut à la Mort. En effet, en travail de métamorphose, l'enfant offre à la Mort un état d'instabilité anatomique et fonctionnelle, diminuant sa résistance organique et l'exposant davantage que l'adulte aux actions morbigènes du milieu extérieur et à leurs effets destructeurs.

« Certains organes prépondérants à cet âge disparaîtront dans la suite (tissus cartilagineux, ganglions lymphatiques, certaines glandes endocrines). D'autres, au contraire, encore imparfaits, ne se développeront que par la suite (le tissus osseux, les glandes génitales).

« Le système nerveux, ce grand régulateur des fonctions organiques, tient dans l'évolution de certains syndromes propres à l'enfant, une place importante. La myélinisation des centres nerveux, qui s'établit progressivement au cours de la vie fœtale et de bas en haut, se poursuit durant les premiers temps de l'existence pour n'être à peu près complète dans les territoires cérébraux que vers la troisième année. Les chocs retentissent sur l'économie tout entière et marquent surtout leurs effets dans les domaines neuro-moteur et endocrino-sympathique.

« On assiste à des accidents en rapport avec des activités vagues ou sympathico-toniques à formes multiples ; bref un déséquilibre tel qu'il aboutira facilement à la syncope, voire à la mort,

« En résumé : débilité et instabilité foncière, sensibilité très grande des organes superficiels, inexpérience sensorielle, réaction désordonnée du système nerveux, greffée parfois sur des influences héréditaires proches encore, tout cela explique comment l'enfant succombe fréquemment dans nombre de circonstances auxquelles l'adulte résiste plus aisément. »

C'est ainsi que, sensibilisant de nombreux enfants, on trouvera chez eux :

L'hypertrophie du thymus,

L'état thymico-lymphatique ou « status lymphaticus » de Paltauf,

Une hyperexcitabilité vagale marquée.

Etant donné cet état spécial de l'enfant, on comprend sans peine que, dans certains cas, une cause très minime puisse entraîner la Mort. C'est ainsi que nous allons être amenés à envisager les causes possibles de la Mort au cours de l'examen ou de l'intervention dans l'abcès rétro-pharyngien.

Nous allons voir successivement :

La compression des troncs nerveux du cou,

L'hémorragie par rupture d'un gros vaisseau du cou,

L'asphyxie réflexe ou mécanique,

La syncope réflexe par inhibition.

La compression des troncs nerveux du cou a pu être incriminée dans la pathogène de la Mort

subite. Mais étant donné la situation de l'abcès rétro-pharyngien, la compression directe s'explique mal, sauf dans les abcès volumineux. C'est d'ailleurs le fait de l'abcès et non celui d'ouvrir la bouche ou d'inciser la poche qui cause la mort. Cette compression joue peut-être un rôle dans la mort par inhibition, par l'irritation préalable du tissu nerveux.

A l'hémorragie d'un gros vaisseau, qui s'explique très bien dans l'abcès latéro-pharyngien, par l'ulcération des parois des vaisseaux, peut s'appliquer la même critique. Là, la mort est toujours une complication de l'affection elle-même, et non un accident secondaire à une intervention.

L'asphyxie mérite de nous arrêter un peu plus longtemps.

Le spasme de la glotte incriminé par certains auteurs ne paraît pas devoir être retenu à l'état pur. Nous ne rappellerons pas les signes de celui-ci, ils sont trop présents à l'esprit de chacun.

Dans l'observation 1, nous voyons une crise de dyspnée paroxystique, qui cesse ; puis une deuxième très courte avec arrêt brusque de la respiration et impossibilité de ranimer l'enfant.

Dans l'observation 2, au moment du toucher, spasme avec pâleur du visage. Puis au moment de l'ouverture, cyanose et cessation de la respiration, sans crise de dyspnée et de nouveau impossibilité de ranimer l'enfant.

Dans l'observation 4, cyanose et arrêt de la res-

piration, sans dyspnée. Cette fois encore impossibilité de ranimer l'enfant.

Dans ces trois observations on est tenté de penser au spasme de la glotte, mais l'arrêt de la respiration est trop brutal, il n'y a pas de crises de suffocation, pas d'agitation, ni de convulsions, enfin l'impossibilité de rétablir la respiration, tout cela vient contre ce diagnostic. Aussi pouvons-nous dire que si spasme de la glotte il y a, celui-ci n'est pas à l'état pur.

L'asphyxie par chute de pus dans les bronches, au moment de l'incision, paraît de prime abord assez séduisante. Mais jamais on n'a vu de signes d'asphyxie ; de plus, dans les cas où l'on a pu faire l'autopsie, on n'a pas retrouvé de pus dans les bronches ; les poumons étaient normaux et ne présentaient pas de caractère asphyxique.

La syncope reflexe par inhibition va nous retenir assez longtemps. Mais avant de l'étudier rapidement chez l'homme, nous nous excusons d'ouvrir une parenthèse pour un mot d'historique et pour un rappel d'inhibition expérimentale.

La notion d'inhibition fut introduite en physiologie pour la première fois en 1846 par les frères Weber. Ils montrèrent que l'excitation des Pneumogastriques dans leur continuité ou l'irritation de leur bout périphérique produit un ralentissement des battements du cœur et si l'excitation est assez forte un arrêt du cœur en diastole. Mais toujours au bout de quelques instants le cœur se remet à battre.

En 1857 Pfluger établit la possibilité d'arrêter les mouvements de l'intestin par l'excitation du bout périphérique des nerfs splanchniques.

En 1861, Rosenthal parvint à arrêter la respiration par l'action du bout central du Pneumogastrique.

Enfin Paul Bert démontra que les actions d'arrêt pouvaient être réalisées non seulement par l'excitation des nerfs eux-mêmes, mais aussi par voie réflexe ; l'excitation du nerf laryngé supérieur pouvant provoquer l'arrêt de la respiration et même la mort subite.

Ce fait que l'excitation d'un nerf peut enrayer la contraction d'un muscle au lieu de la provoquer ne fut généralisé et expliqué que par les travaux de Brown Séquard. Il établit que le système nerveux peut être le siège non seulement d'actions excito-motrices positives, mais encore d'actions d'arrêt ou d'inhibition.

Au point de vue physiologique, on doit donc entendre par inhibition l'arrêt des fonctions d'un organe par suite d'une irritation nerveuse portant sur un point de l'organisme plus ou moins éloigné.

Brouardel introduisit la notion de mort par inhibition en clinique et en médecine légale et fût l'inspirateur de plusieurs ouvrages sur ce sujet.

A la suite de ces travaux, les médecins abusèrent de cette notion et bientôt une réaction se fit. Les physiologistes, puis les médecins commencèrent à douter de la réalité de la mort par inhibition.

Et alors qu'auparavant, tous les cas de mort subite étaient étiquetés mort par inhibition, on incrimina les maladies endocrines, les états de chocs, la fibrillation ventriculaire.

Enfin on arriva à la doctrine actuelle de n'attribuer à l'inhibition que les cas obtenus par élimination des autres causes de mort.

Aussi pouvons-nous admettre les deux définitions suivantes, dont la deuxième est dûe au Professeur Balthazard.

« — L'inhibition étant la cessation absolue, temporaire ou persistante d'une propriété, d'une activité, d'une fonction, provoquée par une irritation venant d'une partie plus ou moins éloignée de celle où l'effet se produit, il faut donc que la mort survienne *sans agonie, dans le plus grand silence, sans convulsions*, qu'on ne trouve pas d'écume dans les bronches. De plus elle s'accompagne d'arrêt des échanges entre le sang et les tissus. Enfin le sang conserve la couleur rouge et la température des cadavres est abaissée ».

« — La mort par inhibition est une mort survenue subitement ou rapidement à la suite d'une irritation périphérique portant sur l'abdomen, plus exceptionnellement sur le larynx, le testicule, le col de l'utérus ou toute autre partie du corps, l'autopsie montrant le cœur sans caillots sanguins dans les cavités et ne permettant d'autre part d'expliquer la mort par aucune autre lésion aiguë ou chronique ».

Maintenant nous allons voir l'inhibition expérimentale. On peut considérer trois sortes de phénomènes :

1° L'inhibition par excitation directe d'un nerf, bien montrée par l'excitation des vaso-dilatateurs, des splanchniques.

2° L'inhibition par irritation d'une portion sus-jacente du système nerveux, par exemple la piqure du IV^e ventricule, donnant une inhibition respiratoire.

3° Enfin l'inhibition réflexe.

A. — On peut considérer les réflexes d'inhibition simple :

a) le phénomène de Sherrington, inhibition musculaire.

b) le phénomène de Goltz, inhibition cardiaque ; par exemple un coup sur l'abdomen d'une grenouille provoque un arrêt du cœur en diastole. Cet arrêt ne se produit pas si les Pneumogastriques sont coupés.

c) le phénomène de Holmgren-Katschmer, inhibition respiratoire, comprenant 2 phases : si, par exemple, on présente devant les narines d'un lapin, un tampon imbibé de chloroforme, il y a d'abord un arrêt de la respiration, c'est le réflexe pneumo-pneumique de Roger, puis du cœur, c'est le réflexe pneumocardiaque, et ensuite reprise du cœur et finalement de la respiration.

d) L'inhibition rénale, anurie réflexe.

B. — Puis les réflexes d'inhibition psychique. Les plus connus sont : la vaso-dilatation émotive, le trac de l'orateur ou de l'artiste, le relâchement des sphincters des examens et concours, l'impuissance du jeune marié ; l'exemple le plus typique étant la fascination exercée par les serpents sur les petits oiseaux.

La mort par inhibition résulte de l'arrêt d'une fonction vitale. Nous considérerons 2 grandes catégories :

L'inhibition respiratoire, irritation portant sur le bulbe ;

L'inhibition cardiaque, irritation portant sur le cœur.

Ces deux causes sont le plus souvent intriquées.

MM. Duvoir et Richet fils, pour leur rapport au X^e Congrès de Médecine Légale, avaient adressé un questionnaire à 50 physiologistes en leur demandant s'ils avaient observé la mort par inhibition. Sur 30 réponses, il y en eut 10 affirmatives et 4 dubitatives. Les conditions étiologiques observées sont : la mort sans traumatisme, la mort après traumatisme nerveux, la mort par inhalation de gaz (faits observés par le Professeur L. Binet et expérimentés par MM. Magne, Mayer et Plantefol, nous en reparlerons plus loin).

Les réactions à l'irritation des premières voies respiratoires furent remarquées à propos de l'anes-

thésie chirurgicale. En faisant respirer à un lapin un tampon imbibé de chloroforme, on obtenait un arrêt respiratoire en expiration avec arrêt du cœur (phénomène de Holmgren-Katschmer).

P. Bert montra que l'inhalation du chloroforme par canule trachéale ne donnait aucune des réactions habituelles.

Katschmer démontra que le phénomène était obtenu en irritant les premières voies respiratoires du lapin par n'importe quel mode d'excitation, soit par les agents chimiques (chloroforme, ammoniacque, gaz toxiques), soit par les agents physiques (froid, glace), soit par les agents mécaniques (grattage, piqure).

Ce fait fut confirmé par les études de MM. François Franck, Ch. Richet, Léon Binet, qui établirent que la voie centripète est surtout le Trijumeau.

Les expériences les plus démonstratives sont celles de MM. Magne, Mayer et Plantefol. Ces trois expérimentateurs reprirent les expériences de Katschmer et P. Bert. Ils irritèrent la muqueuse respiratoire du lapin chloralosé. Pour éviter toute entrée du gaz toxique dans les voies respiratoires profondes, les auteurs ont fait une trachéotomie et relièrent la trachée à un appareil à respiration artificielle. Sur les narines et la bouche ils mirent un courant de gaz toxique complètement isolé du milieu extérieur.

L'arrêt respiratoire est définitif, le cœur conti-

nuant à battre encore quelque temps, mais malgré la respiration artificielle, la mort survient par syncope respiratoire irrémédiable. L'irritation du Trijumeau a provoqué une véritable inhibition réflexe. Cette syncope et cette mort ne se produisent plus si on cocaïnise la muqueuse nasale ou si on coupe les Trijumeaux avant l'inhalation du gaz toxique. De plus si l'on introduit du gaz toxique dans les voies respiratoires profondes, on peut rétablir la respiration : le réflexe d'arrêt et le réflexe de polypnée sont antagonistes (l'un étant un réflexe d'inhibition, l'autre de contre inhibition).

Les auteurs arrivèrent aux conclusions suivantes :

« L'irritation des premières voies respiratoires peut, chez le lapin normal, causer la mort réflexe par arrêt de la respiration.

Les poisons qui diminuent l'activité du centre respiratoire (anesthésiques, ovalates) favorisent la production de l'inhibition mortelle.

Cette inhibition du centre respiratoire ne cède pas à l'asphyxie, à la respiration artificielle ou à l'excitation électrique du bout central des nerfs vagues. Elle disparaît toujours sous l'influence d'une irritation pulmonaire causée par l'insufflation d'un gaz irritant pour les voies respiratoires profondes ».

Les mêmes auteurs après étude des modifications du métabolisme qui accompagne l'irritation des premières voies, trouvaient qu'ils n'étaient pas

autorisés à abandonner l'idée d'une inhibition par action essentielle du système nerveux.

« Il est d'ailleurs possible, disent-ils, que cette action soit indirecte avec relai humoral. La section des splanchniques, l'ablation des surrénales empêchent l'irritation de produire ses effets habituels. L'injection d'adrénaline permet de reproduire les mêmes effets ».

Nous devons ajouter à cette étude les faits résultant de diverses expériences sur certaines causes favorisant l'inhibition mortelle. Ainsi les poisons diminuant l'activité du centre respiratoire augmentent ces causes. Elle est aussi favorisée par l'action de certaines substances qui agissent sur le domaine périphérique du vague : sels calciques ou barytiques, anesthésiques, protéines et par leur action cumulative : sels calciques et peptones, peptones et pituitrine, histamine et adrénaline. Cette action est très favorisée par l'acidose, mais combattue par l'alcalose. M. de Waele pense que les excitations douloureuses chez un animal en état d'acidose pourraient jouer le même rôle que les sels de baryum ou de calcium.

Nous rappellerons pour mémoire, un fait observé par MM. Laugier et Liberson. Chez une grenouille à hémisphères enlevés, une excitation mécanique des points de la muqueuse linguale ou intrabuccale, donne une rétraction de la langue. Ce ré-

flexe disparaît après section du glosso-pharyngien ou du grand-hypoglosse.

Nous terminerons ce rappel expérimental en adoptant les conclusions expérimentales de MM. Duvoir et Richet fils dans leur rapport sur « la mort par inhibition » :

« De cette étude expérimentale, il résulte que la mort par inhibition est possible, mais observée rarement et dans des conditions dont l'expérimentation n'a pas encore déterminé tous les éléments ».

Avant d'appliquer ces données à l'abcès rétro-pharyngien, nous allons revoir les diverses inhibitions observées en clinique.

La mort par inhibition quoique rare est un fait observé depuis la plus haute antiquité ; nous ne citerons parmi les morts célèbres que Sophocle et Denys le Tyran, qui, comme chacun sait, moururent d'émotion, Aëxès et Philémon dans un accès de rire.

Plus près de nous, nous pouvons citer le cas d'une dame d'honneur de Mme Adélaïde, qui mourut à la suite d'un attouchement du pharynx avec un stylet trempé dans l'ammoniaque ; le cas de l'Abbé Delacollonge ; le cas de la marchande de tabac de Brouardel et bien d'autres.

D'ailleurs la sagesse des nations a adopté les expressions mourir de rire, mourir de peur. En Alsace, il est recommandé de ne pas chatouiller la

plante des pieds des jeunes enfants pour ne pas les faire mourir. Dans les milieux sportifs on connaît le *knockout* du boxeur, par coup abdominal, surtout chez le noir, ou encéphalique, chez le blanc.

Nous signalerons aussi certain coup de *Jiu-jitsu*, portant sur le larynx et pouvant entraîner la mort. A ce sujet, le *Kua-tsu* japonais, qui déclare que « ce qu'un réflexe a fait un autre réflexe peut le défaire », a mis le remède à côté du mal. Pour rappeler à la vie l'homme frappé sur le larynx, il suffit de l'allonger face contre terre, les bras de chaque côté du corps et de frapper fortement sur la 7^e cervicale.

Au point de vue clinique on peut considérer quatre types d'inhibition :

1^o Inhibition cardiaque ; syncope avec pâleur de la face, chute, absence de contractions cardiaques et de pulsations radiales.

2^o Inhibition pulmonaire ; apnée en expiration, le cœur continuant encore à battre.

3^o Inhibition cérébrale ; obnubilation intellectuelle allant jusqu'au coma, chute, pâleur de la face, pouls imperceptible (*knock-out*).

4^o Inhibition cellulaire générale.

Chacun de ces types peut être mortel.

Au point de vue étiologique on peut considérer dans l'inhibition humaine :

Une inhibition par action directe sur un nerf, rarement observée à l'état isolé.

Une inhibition par excitation des centres nerveux supérieurs, rare.

Et surtout l'Inhibition Réflexe.

Celle-ci est utilisée en certains cas en clinique : réflexe oculo-cardiaque, réflexe solaire.

Les cas les plus frappants d'inhibition réflexe sont :

les traumatismes de la paroi externe du larynx, zone hypersensible ;

l'irritation des voies respiratoires supérieures par corps étrangers endo ou exogènes (régurgitations, examen, submersion-inhibition, début de chloroformisation, opérations endolaryngées, tubage) ;

la ponction de la plèvre, le pneumothorax thérapeutique ;

les chocs sur l'abdomen ;

les traumatismes des organes génitaux internes de la femme (injection, toucher vaginal, coït, tentative d'avortement) ;

les traumatismes des organes génitaux externes de l'homme ;

les opérations sur l'anús.

les émotions violentes.

Les facteurs de gravité de l'inhibition sont fonction de la variabilité de la réflexivité vagale. Les hypervagotoniques sont plus sujets à l'inhibi-

tion que les sujets normaux ou hypersympathicotoniques. Dans les 24 heures l'excitabilité vagale augmente aux premières heures du sommeil, pendant la période digestive.

Y prédisposent en outre : l'aérophagie, l'acidose, la réplétion gastrique, l'état thymico-lymphatique.

On peut conclure avec Beitz que :

1° L'inhibition mortelle est exceptionnelle ;

2° Les caractères fondamentaux de la mort par inhibition sont : la rapidité de celle-ci survenant dans des circonstances imprévues, à la suite d'irritation périphérique portant sur une région quelconque du corps humain. Cette irritation doit être légère et ne déterminer aucune lésion organique.

3° Les facteurs de gravité sont l'hypervagotonie et la période digestive.

Ces diverses hypothèses ayant été émises, nous allons voir que la plus séduisante est celle de la mort par inhibition.

Que voyons-nous en rapprochant les sept observations reproduites plus haut. Dans tous les cas on est en présence d'un enfant gravement malade, présentant un abcès rétro-pharyngien. Chaque fois il y a arrêt brusque de la respiration, parfois précédé d'une crise de dyspnée très courte, mais souvent sans prodromes, puis on s'aperçoit que le cœur a cessé de battre ; mais ce que l'on ne retrouve jamais, c'est une crise agonique, des cris, des convulsions. Tout ce qui a été entrepris pour rappeler l'en-

fant à la vie a été inutile. Enfin dans les cas où l'autopsie fût faite, on ne trouve de pus ni dans la trachée, ni dans les bronches, pas d'œdème de la glotte, pas de lésions pulmonaires, ni cardiaques pouvant expliquer la mort.

Les trois observations que nous avons rapprochées des cas nous intéressant ne font que montrer la susceptibilité particulière de la région et nous montrent une des causes des accidents, l'hypervagotonie (obs. 10).

Nous voyons que ces accidents surviennent chez les enfants débilités, souvent en état d'acidose (autophagie), présentant souvent un état lymphatique assez marqué, ils peuvent être vagotoniques. Toutes ces raisons prédisposent à l'inhibition. De plus la région pharyngo-laryngée est une région extrêmement sensible. Les conditions de la mort elle-même répondent bien aux conditions énoncées dans les définitions citées ci-dessus.

L'inhibition qui rend le mieux compte de ces accidents est l'inhibition respiratoire, bien mise en évidence par les travaux de MM. Magne, Mayer et Plantefol.

Une autre hypothèse peut être émise ; c'est que la mort subite, se voyant parfois dans l'abcès rétro-pharyngien, au cours de l'évolution, serait contemporaine de l'examen et non plus dûe à lui.

Là encore la compression ou le tiraillement exercés sur les nerfs du cou seraient une cause prédisposante à l'inhibition, sinon la principale.

D'ailleurs les auteurs, qui ont étudié soit la question de l'abcès rétro-pharyngien, soit celle de la mort subite, arrivent aux mêmes conclusions.

MM. Brouardel, Thoinot, Duvoir et Richet fils considèrent que la bouche et le nez sont une région sensible, où un traumatisme léger peut déterminer la mort par inhibition.

Pour MM. Roustan, Aviragnet, Thoyer-Rozat, Brelet, la mort est due soit à une asphyxie mécanique par spasme de la glotte, soit à un arrêt du cœur par action réflexe et phénomènes inhibiteurs, dont le point de départ se trouve dans une irritation des terminaisons nerveuses de la muqueuse ou dans une compression brusque des gros troncs nerveux du cou.

Pour Variot c'est une syncope réflexe pneumogastrique ; pour M. Deguy c'est une syncope réflexe soit d'origine pharyngée, soit pneumolaryngée. M. Beitz arrive aux mêmes conclusions dans sa thèse. Pour Viannay c'est ou un spasme de la glotte par irritation du récurrent ou un arrêt brusque du cœur par irritation du pneumogastrique.

Notre Maître, M. Rouget, dans son rapport d'expertise se range aussi à l'avis de la mort par inhibition.

Nous pouvons donc terminer ce chapitre en disant que la mort au moment de l'examen ou de l'intervention, dans l'abcès rétro-pharyngien, est due à un réflexe d'inhibition respiratoire analogue au phénomène de Holmgren-Katschmer.

CHAPITRE III

THERAPEUTIQUE

Nous croyons avoir éclairé plus haut la pathogénie de la mort subite dans l'abcès rétro-pharyngien, au cours de l'examen et de l'intervention.

A la lumière de ces faits, nous allons essayer de voir si on peut prévoir cet accident si dramatique, parce qu'imprévu, et si terrible dans ses conséquences, et essayer de l'éviter, et si une fois l'accident arrivé, on peut y remédier.

Malheureusement, il nous semble que cet accident n'est pas prévisible. Nous possédons fort peu de données positives sur la façon dont se produisent les accidents et sur le terrain où ils éclosent.

Avant d'avoir examiné un enfant qui présente de la dysphagie, de la dyspnée, de la fièvre, on ne sait pas s'il a, ou non, un abcès rétro-pharyngien. La seule façon de poser le diagnostic est de lui faire ouvrir la bouche, or, c'est ce fait qui peut causer la mort.

Nous avons dit que la mort survenait surtout chez des enfants débiles, lymphatiques, adénoïdiens, vagotoniques. Or, tous les spécialistes, et

même tous les médecins, ont examiné de nombreux enfants présentant ces tares, mais jamais ils n'ont observé de tels accidents. En effet, les cas de mort par inhibition répondent à des causes, qui ne sont pas encore complètement élucidées et, par conséquent, imprévisibles.

De plus, on ne peut faire d'examens cliniques ou de laboratoire supplémentaires en grand nombre pour une affection, qui nécessite une décision immédiate.

D'ailleurs, les statistiques nous montrent que sur un cas malheureux, il y a de nombreux cas où rien ne se passe. Aussi, en règle, se borne-t-on, avant d'examiner la gorge d'un enfant paraissant grièvement atteint avec dysphagie, à avertir la famille de la gravité du cas et de ses conséquences possibles.

D'autre part, peut-on faire un traitement préventif et empêcher les accidents de se produire. Nous venons de voir qu'un tel accident n'est pas prévisible, par conséquent, on serait amené à faire subir ce traitement à tous les enfants qu'on doit examiner. Ceci revient à dire qu'avant d'examiner la gorge d'un enfant, qui paraît avoir une affection pharyngo-laryngée, on commencera par lui faire un traitement de deux ou trois jours pour l'empêcher d'avoir une syncope problématique, mais pendant lesquels certainement les lésions évolueront.

Ceci dit, quels sont les moyens que l'on pourrait envisager ?

L'anesthésie générale. Or, nous savons qu'elle sensibilise l'organisme à toute inhibition, donc, théoriquement, on n'anesthésie jamais un enfant avant l'examen de la gorge. Mais les laryngologistes emploient quotidiennement le chlorure d'éthyle pour leurs amygdalectomies sans observer d'accident en règle.

M. de Waelle a constaté que l'inhibition est combattue par l'alcalose et il se demande s'il n'y aurait pas avantage à administrer aux blessés fatigués et aux malades nerveux et excitables du bicarbonate avant l'anesthésie, dans le but de diminuer les chances de la mort par inhibition aux premières bouffées de l'anesthésique. Peut-être pourrait-on, avant un examen pharyngé chez un enfant débile et irritable, administrer ce même bicarbonate, qui aurait au moins le mérite de ne pas retarder l'acte médical.

Chez les enfants nerveux et excitables, on pourrait administrer des bromures ou du gardénal. mais la question d'urgence joue là encore.

Chez un enfant nettement hypervagotonique, et débile, on pourrait essayer de faire une section physiologique du vague, comme certains chirurgiens avant l'anesthésie, en faisant une injection d'atropine.

Ce qui nous paraît le plus pratique c'est la cocaïnisation des muqueuses buccale et nasale. En effet, MM. Magne, Mayer et Plantefol constatèrent, au cours de leurs expériences, que l'arrêt respira-

toire ne se produisait plus après inhalation de gaz toxique, si auparavant ils avaient badigeonné la muqueuse nasale avec la cocaïne. L'inconvénient, c'est que la cocaïne ne peut être employée qu'avec une très grande circonspection et que son usage chez l'enfant peut provoquer de graves accidents.

M. Kowler, après un accident au cours de l'intervention pour abcès rétro-pharyngien (obs. 5), proposa les moyens suivants pour l'éviter :

1° Endormir légèrement l'enfant ;

2° Le mettre en position de Rose ;

3° Faire la ponction au trocart et ne vider par l'aspiration qu'une partie de l'abcès ;

4° Toucher ensuite le pharynx pour se rendre compte ;

5° Ne recourir à une nouvelle ponction que 12 heures après la première ; faire à ce moment l'évacuation complète.

Nous ne savons pas si l'auteur a pratiqué cette méthode, mais il nous semble qu'en ce faisant, on multiplie les chances de syncope par les nombreuses opérations qu'on pratique.

En fait, vu l'extrême rareté de cet accident et l'absence de moyen efficace pour l'éviter, nous pensons que dans la plupart des cas on n'envisagera pas de thérapeutique préventive, tout en n'omettant pas de prévenir la famille de la gravité du cas.

L'accident est arrivé, y a-t-il une façon d'agir qui permette de ranimer l'enfant ?

Reprenons les observations que nous avons citées :

Obs. 1. — Impossibilité de ranimer l'enfant.

Obs. 2. — Respiration artificielle, injections d'éther et de caféine, pas de résultat.

Obs. 3. — Respiration artificielle, pas de résultat.

Obs. 4. — Respiration artificielle avant et après trachéotomie, pas de résultat.

Obs. 5. — Impossibilité de ranimer l'enfant.

Obs. 6. — Respiration artificielle, adrénaline intra-cardiaque, pas de résultat.

Obs. 7. — Respiration artificielle, pas de résultat.

Dans ces 7 observations, malgré la respiration artificielle, des injections d'éther et de caféine, les injections intra-cardiaques d'adrénaline, on est arrivé au même résultat négatif ; résultat que viennent confirmer les expériences de MM. Magne, Mayer et Plantefol. Ceux-ci ont bien fait ressortir que l'inhibition respiratoire ne cède ni à l'asphyxie, ni à la respiration artificielle, ni à l'excitation électrique du bout central du nerf vague, mais elle disparaît sous l'influence de l'irritation pulmonaire causée par l'insufflation d'un gaz irritant pour les voies respiratoires profondes.

Quels sont les moyens théoriquement à mettre en œuvre ?

A priori, seul le cœur semble accessible à la réanimation par l'adrénaline intra-cardiaque en particulier. Mais, d'après les travaux de Gallavardin et de Bordier, il semble qu'à un moment donné le cœur perde sa faculté de réagir à l'adrénaline. Aussi emploiera-t-on la caféine, l'huile camphrée, la lobéline, le tout sans grand espoir.

Pour la respiration, on tentera la respiration artificielle ; l'inhalation d'oxygène, mélangée au gaz carbonique, excitant physiologique des centres respiratoires bulbaires, qui ne donneront en général pas de résultat.

On essayera les excitations fortes sur les terminaisons nerveuses, la réflexothérapie (chatouillement intra-buccal et de la muqueuse nasale), les odeurs fortes (acide acétique, ammoniacque), qu'on peut considérer comme se rapprochant des corps irritants pour les voies respiratoires profondes.

Cependant, ces moyens paraissent échouer le plus souvent. Toutefois, on tentera de faire ce qui paraîtra nécessaire, suivant le cas on mettra la tête basse ou haute, selon qu'on aura à faire à une syncope blanche ou bleue. On tentera la flagellation, la respiration artificielle, l'inhalation d'oxygène et de gaz carbonique, inhalation d'ammoniacque, l'injection intra-cardiaque d'adrénaline, les injections de caféine, de lobéline, la réflexothérapie intra-nasale.

Toutes ces tentatives seront faites sans grand espoir de réussite, s'il s'agit d'un cas semblable. Mais on n'oubliera jamais que si l'arrêt respiratoire ou le spasme de la glotte se voient parfois, ils ont en règle un pronostic bénin par les moyens ordinaires.

CHAPITRE IV

LE POINT DE VUE MÉDICO LÉGAL

Il ne nous reste plus qu'à voir si la responsabilité du médecin est engagée en cas d'accident semblable.

Logiquement il nous semble que le médecin ne peut pas être rendu responsable d'un accident qui n'est dû ni à une faute de technique, ni à une imprudence, ni à une négligence.

En effet, l'accident se produit dans des circonstances diverses, et même aurait-on mis un ouvre bouche pour faire tenir ouverte la bouche d'un enfant indocile, l'aurait-on enroulé dans un drap, ou lui aurait-on serré le nez pour lui faire ouvrir la bouche, ce n'est là que pratique courante. Tous les jours on emploie ces techniques, soit pour examiner un enfant indocile, soit pour une adénoïdectomie, et jamais on n'observe d'accident. On est donc autorisé à employer ces méthodes.

De plus nous avons vu que la mort au cours de cet examen est due à une susceptibilité particulière de l'enfant, impossible à diagnostiquer par nos méthodes actuelles, qu'elle est donc imprévisible et qu'il n'y a pas grand chose à faire pour l'éviter.

Nous avons voulu chercher s'il y avait eu des jugements sur cette matière, les précédents forçant souvent la jurisprudence en ces cas.

Nous avons fouillé les ouvrages traitant de la mort subite au point de vue médico-légal, les annales de médecine légale, nous avons interrogé les médecins légistes ; nous n'avons pas retrouvé trace de la mort subite au cours de l'examen et de l'intervention.

A priori, les personnes interrogées nous ont répondu que la responsabilité du médecin ne pouvait pas être engagée.

Aussi sommes-nous heureux d'avoir eu connaissance d'une affaire médico-légale qu'eut à connaître le Tribunal Civil du Gers en 1927-28, et où notre Maître, le docteur J. Rouget fut requis comme expert. A notre connaissance c'est la seule fois où un Tribunal, tant français qu'étranger, eut à s'occuper de la mort subite au moment de l'examen dans l'abcès rétro-pharyngien.

Nous avons déjà rapporté plus haut les faits qui ont motivé la plainte des parents (Obs. 6).

Le père avait attaqué le spécialiste, le docteur M., qui avait pratiqué l'examen au cours duquel se produisit le fatal accident. Contre le diagnostic d'abcès rétro-pharyngien, le père objectait que la fillette, la veille, avait pu absorber du lait et quelques gateaux secs. Mais ce n'est point suffisant pour éliminer cette affection, en effet, si la dysphagie est un signe essentiel de l'abcès, elle peut n'être pas

totale chez une fillette de 8 ans, où le pharynx présente déjà un développement notable.

De plus il disait que sa fille n'était pas une moribonde et reprochait au docteur M. d'avoir enveloppé la fillette dans un drap et de lui avoir mis un ouvre-bouche, et il concluait en disant que ces manœuvres étaient une des causes de la mort. L'enfant n'était pas une moribonde, évidemment, mais si elle avait été si mal en point, il n'y aurait point eu mort subite, mais issue normale d'un état grave. Le propre de la mort subite étant de survenir au moment où l'on s'y attend le moins, ce fait ne put pas être retenu à charge contre le médecin.

Les manœuvres, comme nous le disions plus haut, sont nécessaires pour maintenir un enfant sans risquer d'être gêné par des mouvements brusques et de le blesser lui-même. Elles peuvent sembler brutales, mais sont cependant de pratique journalière indispensables pour tout examen sérieux et sont des manœuvres habituelles de tout spécialiste.

Comme nous l'avons vu plus haut, tous les auteurs qui se sont occupés de la question admettent la mort par inhibition dans l'abcès rétro-pharyngien, et même par le simple attouchement du pharynx, zone hypersensible.

Dans les conclusions de son rapport d'expertise, notre Maître le docteur Rouget expliquait le décès par l'existence de l'abcès rétro-pharyngien, par

l'inhibition réflexe chez un enfant hypersensible et concluait qu'il n'y avait eu de la part du docteur M., ni faute, ni imprudence, ni négligence.

Le Tribunal suivit les conclusions de l'expert, en effet, il n'y a pas eu de jugement. Le rapport de notre Maître détermina le classement de l'affaire par le Juge d'Instruction et par le Parquet, ce qui fit que le père abandonna ses poursuites, comprenant qu'il n'aurait aucune chance de toucher des dommages intérêts.

Malgré l'absence de jurisprudence nette, on peut cependant penser que le classement de l'affaire a créé un précédent, qui jouerait en un cas semblable.

Et nous croyons être autorisés à terminer en disant que la responsabilité du médecin ne peut être en cause dans aucun cas semblable.

CONCLUSION

A la fin de cette brève étude nous croyons pouvoir apporter les conclusions suivantes sur la mort subite dans l'abcès rétro-pharyngien au moment de l'examen ou de l'intervention.

Cette mort subite existe, mais elle est heureusement rarement observée en clinique. Cependant, on doit connaître son existence, pour ne pas être pris au dépourvu si l'accident se produit, et pour prévenir la famille de sa possibilité.

Cet accident se produit surtout chez les enfants débilités, en hypervagotonie, ou présentant ce que l'on peut appeler l' « état thymico-lymphatique ». Il est dû à une syncope réflexe par inhibition respiratoire, analogue au phénomène de Holmgren-Katschmer, bien étudié chez le lapin par MM. Magne, Mayer et Plantefol.

Il n'est pas prévisible, il n'est pas évitable, étant donné notre ignorance du mécanisme exact qui est à l'origine. On pourrait, chez un enfant particulièrement irritable ou affaibli faire ingérer du bicarbonate de soude (M. de Waele) ou faire une injection d'atropine.

La syncope une fois produite, comme on ne sait pas si l'on est en présence de l'inhibition mortelle, contre laquelle on est désarmé, ou d'une banale syncope respiratoire ou réflexe non mortelle, on fera toujours les manœuvres classiques : respi-

ration artificielle, inhalations d'oxygène et de gaz carbonique, injections de caféine, d'huile camphrée, injection intra-cardiaque d'adrénaline, réflexothérapie endonasale.

Aussi devant une éventualité fatale, toujours à craindre en pareil cas, n'hésitera-t-on pas, quand on soupçonnera un abcès rétro-pharyngien, à prévenir la famille de la gravité du cas et de ce qui peut se produire, mettant ainsi sa responsabilité par avance à couvert.

Quant à l'éventualité d'une responsabilité possible du médecin, par faute, imprudence ou négligence de celui-ci, nous répétons qu'elle ne peut se poser en ce cas. D'ailleurs dans la seule affaire qui ait eu lieu à ce sujet, le jugement ne fut pas prononcé. En effet, à la suite du rapport d'expertise de notre Maître, le docteur Rouget, l'affaire fut classée par le Juge d'Instruction et le Parquet, et le père retira sa plainte.

Nous terminerons cette étude en disant que la mort subite au moment de l'examen ou de l'ouverture d'un abcès rétro-pharyngien, heureusement rare, est un de ces accidents très malheureux que peuvent observer tous les médecins au cours de leur carrière.

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*,
R. DEBRÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN. — A sudden death with unexplained symptomes (New-Orléans Medl. and Surg. J. 1906-07-LIX).
- ARAUJO ECARI. — Contribution à l'étude de la mort subite (Thèse, Paris 1932).
- AVIRAGNET. — Absès rétro-pharyngien. Mort subite (Revue des maladies de l'enfance, 1893).
- AYUGAYO et DIZON. — Retro pharyngeal abscess (J. Philippine Islands M. A. Sept. 1928).
- BABBITT J.-A. — A study of retropharyngeal abscess (Laryngoscope, 1924, XXXIV).
- E. BACHRACH, VAL BONNET et A. RICHARD. — Etude du réflexe cardio-inhibiteur de Goltz (5^e réunion de l'Association des Physiologistes. Paris 1931).
- Note de Val. BONNET et A. RICHARD, présentée par Mlle Bachrach. — Le réflexe de Goltz chez le poisson. (Comptes rendus de la Société de Biologie, 1931, t. 3).
- BALTHAZARD. — Précis de Médecine Légale.
- BANDONI. — Médecine Légale, 1923.
- R. A. BARLOW. — Retro-pharyngeal abscess (Ann. Ot. Rhin. and Laryng. 38, 1929.)
- BEITZ. — Conceptions récentes sur la mort par inhibition (Th. Paris, 1931):
- L. BINET. — Art. Etude physiologique des troubles respiratoires, in Traité de Physiologie, de Roger et Binet, t. V.

- BLANTON N. B. — Sudden death. (Virginia Medical monthly, 1926-27-LII).
- BOGDAN. — Trois cas de mort par inhibition (Ann. de Médecine Légale, 1925, V).
- BONTEMPS. — La mort subite chez le jeune enfant (Th. Paris, 1882.)
- BORDIER. — Résistance à l'adrénaline par rapport aux divers processus de la mort du cœur. (C.R.S.B., 1928, t. I).
- BRANDESKY. — Ueber 2 Messerstichverletzungen seltener Lokalisation (Wien med. Wochens. 79, 11 mai 1921).
- BRELET. — La mort subite chez l'enfant (Th. Paris 1906).
— La Mort subite chez l'enfant (Gazette Médicale de Nantes, 1907, 2^e S.).
- BROUARDEL. — Notion de la mort par inhibition (Cours 1895).
— Mort et mort subite, 1895.
- BROUARDEL et GILBERT. — Traité de Médecine et Thérapeutique.
- BROUARDEL et THOINOT. — Affaire J. Weber. (Ann. d'Hyg. Pub. et de Méd. Lég. 1906, 4^e Série).
- BROWN SEQUARD. — Archives de Physiologie, 1899. III.
- BULLUSI. — Contributo allo studio delle Morti improvisi. (Umbria Med. Term. 1921).
- CAILLARD. — Mort subite par lésions laryngées et trachéo-bronchiques (Th. Paris, 1892).
- CALLAS. — Les abcès péripharyngiens (Th. Montpellier, 1906.)
- CARPENTER. — On sudden and unexpected death in children (The British J. of Children's death, 1905).
— The retro-pharyngeal abscess (Laryngoscope 5, 1910).
- CARDOT et LAUGIER. — Art. Nerfs et Réflexes (in Traité de Physiologie, de Roger et Binet, t. IX).

- CIUTI. — L'ascesso retrofaringeo i diagnosi prognosi e cura.
(Gazz. d'Osp. 48, 9 octobre 1927).
- COMBY et GRANCHER. — Maladies des enfants.
- D. CORDIER, H. MAGNE et A. MAYER. — Rôle de l'adrénaline dans les actions produites par l'irritation des premières voies respiratoires chez le lapin (Ann. de Physiologie, 1927, N° 5).
- CZERNY. — Der unenwartete Tod bei Infektinos-krankheiten der Kinder. (Heilkunde, Berlin 1907).
- DALTON. — Sudden death in its medico legal aspects (Vermonts M. Month. Burlington, 1910-XVI).
- DEGUY. — Quelques faits d'abcès juxtalaryngés (Revue de Médecine, 1903).
- O. J. DIXON. — Retro-pharyngeal abscess as cause of respiratory obstruction (J. Kansas M. Soc. 32, Juillet 1931).
- DUVOIR. — La mort par inhibition (An. de Méd. Lég., Février 1934).
- DUVOIR et RICHET Fils. — La mort par inhibition (Rapport au 10° Congrès de Médecine Légale, Lille, 1925).
- L. DAUTREBANDE. — Art. Les échanges gazeux, in Traité de Physiologie, de Roger et Binet, t. V.
- D.ÉSPINE et PICOT. — Traité des maladies de l'enfance, 1899.
- E. et G. FOURNOT. — Trois cas de mort par inhibition (10° Congrès de Médecine Légale, 1925).
- GALLAVARDIN. — Journal de Médecine de Lyon, 1927.
- GETTES. — Retro-pharyngeal abscess with septicemia and recovery (Laryngoscope 41, Avril 1931).
- GINSBURG. — Acute retro-pharyngeal abscess (Ohio State M. J. 25, Avril 1929).
- GONZALES ALVARES. — La muerte subita in los ninos (Pediatria Espana, 1922, XL).

- GREENWALD et MESSELOFF. — Retro-pharyngeal abscess in infants and young children (Am. J. M. Sc. 177, Juin 1929).
- GUILLEMOT. — De la mort subite dans ses rapports avec les glandes à sécrétion interne (Th. Nancy 1923).
- GUTHRIE. — Acute rétro-pharyngeal abscess in childhood. (Brit. Med. Jour. 18-12-26).
- HALL. — Acute retro-pharyngeal abscess in infants and young children (Kentucky M.J. 28, Oct. 1930).
- HAYMANN. — Zur Kenntniss der otogenen retro-pharyngeal Abzesse (Ztscher f. Lar. Rhin. Bd. 18, 1929).
- HEGER-GILBERT, LAIGNEL-LAVASTINE et DE LEED, avec la collaboration de MM. PECHERE, BIGWOOD, LE FEVRE DE ARRIC, PHILIPPE, SNOECK, VAN DEN BRANDEN et WIBAUW. — La mort subite médico-légale. (Rapports aux 14^e et 15^e Congrès de Médecine Légale, 1929-1930).
- HERARD. — La mort subite dans l'enfance (Presse Médicale, 21-3-1906).
- H. HERMANN. — Art. Le Cœur (in Traité de Physiologie de Roger et Binet, t. VI).
- C. HEYMANS. — Art. L'Innervation respiratoire (in Traité de Physiologie de Roger et Binet, t. V).
- HOWELL. — Théories de l'inhibition.
- JAEGER. — Ueber Retro-Pharyngealabzess mit seltenen komplikationen (Zeitsch. fur Laryngolo. Leipzig, 1924).
- KISTLER. — Retro-pharyngeal abscess (Laryngoscope 41, août 1931).
- KOWLER. — Absès rétro-pharyngien opéré. Mort subite. (Annales des Maladies de l'oreille, 1912-2).
- KRAUTWIG. — Ueber ploetzliche Todesfaelle in indesalter (Archiv. fur Kinderheilkunde, 1903).
- LACASSAGNE. — De la mort subite (La Province Médicale, 1905).

- LACASSAGNE et MARTIN. — Précis de Médecine Légale.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathologie du Sympathique (1924).
- LANGE. — Cas inexpliqué de mort subite (Monatsschriften für Kinderheilkunde, 1902, 2).
- LAUGIER et LIBERSON. — Un réflexe lingual chez la grenouille (C.R.S.B., 1932, t. 2).
- LAURENS, AUBRY, LEMARIEY. — Précis d'O.-R.-L.
- DE LEVAL. — Les abcès rétro-pharyngiens (An. des Soc. de Méd. Chir. de Liège, 1928, 61).
- LEVRET et GHKA. — Mort subite au moment de l'ouverture d'un abcès rétro-pharyngien (J. de Cl. et Th. infantile, XII, 1895).
- LHERMITTE et SCHIFF. — L'inhibition nerveuse et la mort par inhibition (L'encéphale, 1925, XX).
- G. LYÖN. — Traité de clinique thérapeutique (1924)
- H. MAGNE, A. MAYER et L. PLANTEFOL. — Recherche sur les actions réflexes produites par l'irritation des voies respiratoires.
- La mort par inhibition et l'irritation des premières voies respiratoires (An. de Physiologie, 1925, 4).
 - Une inhibition réflexe (An. de Physiologie, 1926, 1 et 2).
- MARFAN. — Leçons cliniques sur la diphtérie et quelques maladies des premières voies respiratoires (8^e leçon).
- Paris Médical, 1922, XLV.
 - Cliniques des maladies de la première enfance (1931, 1^{re} série).
- MARTIN et MOURIQUAND. — La mort subite des enfants (An. d'hyg. Publ. et de Méd. Lég., 1913, t. 20).
- OLLIER. — Etude médico-légale des morts suspectes subites ou rapides au cours des états aigus ou subaigus latents. (th. Paris, 1923).

- PARAVICINI. — De la mort subite chez l'enfant (Th. Montpel-
lier, 1900).
- PERRIN. — La mort subite dans l'enfance (Presse Médicale,
1906).
- PIATOT et VARIOT. — Mort subite au moment de l'ouverture
d'un abcès rétro-pharyngien. (J. de Cl. et Th. infantile,
Juillet 1895).
- POIRAULT. — Mort par inhibition (Th. Paris 1900).
- RICHEL. — Cinq leçons d'actualité physiologique (1928).
- RICHEL et DUBLINEAU. — Etude expérimentale de la mort par
inhibition (An. de Méd. Lég., 1930).
- J. ROUGET. — Rapport d'expertise Médico-légale (1928).
- SABATIER. — Mort subite chez l'enfant au point de vue cli-
nique et médico-légal (Th. Montpellier, 1909-1910).
- H. B. SHEFFIELD. — Rétro-pharyngeal lymphadenitis and ab-
scess (Med. Journ. and Record, 1929).
- STERN et ARSCHAWSKY. — Influence du sympathique sur la
durée de l'arrêt du cœur par l'excitation prolongée du
vague (C.R.S.B., 1928, t. I).
- STRASSMANN. — La mort des enfants envisagée du point de
vue médico-légal (An. d'hyg. publ. et de Méd. lég.,
1913, t. 2).
- TAPTAS. — De l'abcès rétro-pharyngien chez les enfants et
les adultes (Revue hebdomadaire de O. R. L., 1906).
- TEXIER. — Des abcès rétro-pharyngiens chez le nourrisson
(Réunion an. de la Soc. Française d'O.R.L., oct. 1903).
- THASSOPOULOS. — La mort subite chez l'enfant et ses rapports
avec l'hypertrophie du thymus (Th. Paris, 1926).
- THOINOT. — Précis de Médecine Légale, 1913.
- THOYER-ROZAT. — Les abcès rétro-pharyngiens idiopathiques
des enfants (Th. Paris, 1896).

TOURNEUX. — Les abcès chauds rétro-pharyngiens (Concours médical, 1927).

TRUFFERT. — Les suppurations péri-pharyngiennes (Monographies intern. d'O. R. L., N° 15).

VIANNAY. — Causes de la mort brusque dans les abcès latéro-pharyngiens (Province Médicale, 1906).

VIALLETON. — Essais de localisation en hauteur des lésions du pneumogastrique (Th. Lyon, 1920-1921).

VISOIU, J. CORTANEANO. — La mort par inhibition (Thèse, Paris, 1906).

DE WAELE. — La mort par inhibition (C.R.S.B., 1925, t. 2.)

ZADOK. — Mort subite au cours d'abcès latéro-réto-pharyngien. (J. de Cl. et Th. infantiles, Février 1898).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
PREMIERE PARTIE. — L'Abcès rétro-pharyngien	15
DEUXIEME PARTIE. — La mort subite au cours de l'examen et de l'intervention dans l'abcès rétro-pharyngien	21
CHAPITRE PREMIER. — Observations	21
CHAPITRE II. — Pathogénie	37
CHAPITRE III. — Thérapeutique	57
CHAPITRE IV. — Le point de vue médico-légal	65
CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE	71

